



Spørreskjema – Cøliakistudie

Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig:

- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss inni boksen for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐
- Tallboksene har ofte to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, bruker du den høyre ruten. Eksempel 5 skrives slik:

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(Skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2014)

1. Hvor gammelt er barnet ditt nå?

år og

måneder

2. Hva er barnets vekt og høyde for tiden?

Vekt

kg

Høyde

cm

3. Har barnet ditt fått påvist cøliaki?

☐ Nei

☐ Ja

☐ Usikker

Hvis nei: Du trenger ikke å besvare resten av skjemaet, men send inn likevel!

Hvis usikker: Besvar spørsmål 4 og resten av spørsmålene derfra.

4. Hvor gammelt var barnet da diagnosen ble stilt?

år og

måneder

5. Hvor gammelt var barnet da du/dere fikk mistanke om sykdommen?

år og

måneder

6. Har barnet vært til tarmbiopsi (vevsprøve fra tynntarm)?

☐ Nei

☐ Ja

Hvis nei, (tok ikke vevsprøve):

a. Blodprøve ga tilstrekkelig utslag ☐

b. Startet på glutenfri kost uten blod- eller vevsprøver ☐

c. Annet – forklar: _____

Hvis ja, (tok vevsprøve):

a. Hvor gammelt var barnet? år

b. Har barnet tatt vevsprøve mer enn én gang? ☐ Nei ☐ Ja

c. Viste prøven sikker cøliaki? ☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

7. Spiser barnet ditt glutenfri kost nå?

☐ Nei

☐ Ja

☐ Delvis

8. Hvilke typer plager/symptomer hadde barnet før diagnosen ble stilt? (Sett ett kryss for hver linje).

	+	Nei	Ja	Av og til	Vet ikke
1. Løs avføring	☐	☐	☐	☐	☐
2. Hard avføring	☐	☐	☐	☐	☐
3. Brekninger/oppkast	☐	☐	☐	☐	☐
4. Magesmerter	☐	☐	☐	☐	☐
5. Utspilt mage/luft i magen	☐	☐	☐	☐	☐
6. Slapp/sliten	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dårlig matlyst	☐	☐	☐	☐	☐
8. Lav blodprosent/lite jern	☐	☐	☐	☐	☐
9. Gikk langsomt opp i vekt/lengde	☐	☐	☐	☐	☐
10. Langsom utvikling, motorisk sen	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ingen plager	☐	☐	☐	☐	☐
12. Andre plager	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis andre plager, spesifiser: _____

9. Har barnet vært fulgt opp i helsevesenet for andre tilstander enn cøliaki?

☐ Nei

☐ Ja

+

Hvis ja, kryss av for tilstand/diagnose, og barnets alder når diagnosen ble stilt.

	Kryss av ved diagnose	Alder ved diagnose
1. Stoffskiftesykdom.....	☐	år
2. Leversykdom	☐	år
3. Hud-/hårsykdom, beskriv: _____	☐	år
4. Downs syndrom.....	☐	år
5. Andre tilstander, beskriv: _____	☐	år
6. Under utredning, beskriv: _____	☐	år

+

10. Oppgi om noen andre i familien har cøliaki.

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja	Vet ikke
Mor	☐	☐	☐
Far	☐	☐	☐
Søsken/halvsøsken	☐	☐	☐

11. Ved hvilket sykehus er barnet blitt fulgt opp for sin cøliaki (flere kryss kan settes), og ved hvilket sykehus er eventuell tarmbiopsi/vevsprøve gjort?

	+	Medisinsk oppfølging for cøliaki	Biopsi/vevsprøve
1. Rikshospitalet	☐	☐	☐
2. Ullevål	☐	☐	☐
3. AHUS.....	☐	☐	☐
4. Haukeland.....	☐	☐	☐
5. St.Olav	☐	☐	☐
6. Levanger	☐	☐	☐
7. Namsos	☐	☐	☐
8. Tromsø	☐	☐	☐
9. Bodø.....	☐	☐	☐
10. Mosjøen	☐	☐	☐
11. Ålesund	☐	☐	☐
12. Molde	☐	☐	☐
13. Kristiansund	☐	☐	☐
14. Stavanger	☐	☐	☐
15. Haugesund.....	☐	☐	☐
16. Sørlandet/Kristiansand	☐	☐	☐
17. Sørlandet/Arendal.....	☐	☐	☐
18. Skien	☐	☐	☐
19. Tønsberg.....	☐	☐	☐
20. Drammen/Buskerud/Vestre Viken	☐	☐	☐
21. Østfold/Fredrikstad	☐	☐	☐
22. Innlandet/Elverum	☐	☐	☐
23. Innlandet/ Lillehammer	☐	☐	☐
24. Hammerfest	☐	☐	☐
25. Kirkenes	☐	☐	☐
26. Annet sykehus, hvilket:	☐	☐	☐

TAKK FOR HJELPEN!

+

+